

Anmeldung interdisziplinäre Tumorkonferenz (extern)



DokuZentrale: FAX 400-886361 Tel. 0921/400-6361 oder 6362 E-Mail: dokumentare.oz@klinikum-bayreuth.de

<u>Pflichtangaben zum Patienten:</u> Name: _____ Geburtsdatum: _____ Str./Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____ Kassenummer: _____ Versicherungsnummer: _____	<u>Termine für Tumorkonferenzen (TK):</u> Dienstag 07:30 Uhr , Konferenzraum 4, (dringende Fälle, v.a. prätherapeutisch, Hautkonferenz) Anmeldeschluss Montag 12:00 Uhr Mittwoch 15:30 Uhr , Konferenzraum 4 (Frauenklinik) Anmeldeschluss Dienstag 14:00 Uhr Donnerstag 15:45 Uhr , Konferenzraum 4 (allgemein) Anmeldeschluss Donnerstag 9:00 Uhr Freitag 12:00 Uhr , Konferenzraum 4 (Lungenkonferenz) Anmeldeschluss Donnerstag 12:00 Uhr Freitag 12:45 Uhr , Konferenzraum 4 (Neuroonkologische Konferenz) Anmeldeschluss Donnerstag 14:00 Uhr Freitag 13:00 Uhr , Konferenzraum 4 (Uroonkologische Konferenz) Anmeldeschluss Donnerstag 14:00 Uhr
---	--

Meldung als:

Primärfall Rezidiv anderer Grund: _____

Therapieintention: operativ kurativ nicht operativ kurativ
 operativ palliativ nicht operativ palliativ

Diagnose: _____

Vorgeschichte/
Begleiterkrankungen: _____

ECOG (0-4): _____ ASA: _____

Histologie: prätherapeutisch			Histologie: postoperativ			
TNM	T	N	M	T	N	M
Stadium: _____						

Diagnostik: Fremdbefunde bitte in Anlage

vorzustellende Bildgebung:	Datum:	Beiliegende Befunde:	vorzustellende Bildgebung:	Datum:	Beiliegende Befunde:
<input type="checkbox"/> CT	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonographie	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röntgen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>

Anmeldung für TK am _____ (Datum) prätherapeutisch posttherapeutisch

Fragestellung: _____

Datum: _____ Arzt: _____ Tel.: _____